



VISITEZ LE SITE WEB DE RÈGLEMENT  
EN SCANNANT LE CODE QR FOURNI

*Tidd v. Gouvernement du Nouveau-Brunswick*

COUR DU BANC DU ROI  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Numéro de dossier. MC/76/2021

**Doit porter le cachet  
postal au plus tard  
du 26 octobre 2024**

## RECOURS COLLECTIF CONCERNANT LE CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE (CHR) FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Il est obligatoire de remplir le présent formulaire pour demander une indemnité (c'est-à-dire de l'argent) dans le cadre du règlement visant le CHR.

Avant de commencer, lisez le guide intitulé **Avis d'approbation du règlement pour le recours collectif concernant le Centre hospitalier Restigouche**. Il vous explique où trouver de l'aide pour remplir le formulaire.

L'administrateur des réclamations décidera si vous avez le droit de recevoir une somme d'argent. Il s'agit de NWQ Administrateur des réclamations. Envoyez le formulaire à ce bureau avant le 26 octobre 2024. Après cette date, il sera trop tard.

Le formulaire est confidentiel et peut seulement être utilisé pour traiter votre réclamation ou dans les limites de la loi.

Veuillez lire attentivement ce qui suit. Si vous ne comprenez pas tout, n'hésitez pas à demander des explications. Vous pouvez aussi demander de l'aide au bureau de l'administrateur des réclamations :

- Téléphone : **1-866-476-3107**
- Courriel : **info@RestigoucheHospitalCentreClassAction.ca**

**Un membre de votre famille ou une personne aidante peut remplir le formulaire. Cependant, le chèque sera fait à votre nom ou au nom de celui ou celle qui prend des décisions pour vous.**

### **Vous aidez quelqu'un à remplir le formulaire?**

Utilisez le nom de la personne aidée. Vos réponses doivent parler d'elle, et non de vous. Faites signer la personne à la fin de la section A ou de la section B, selon le cas. Si elle ne peut pas le faire, apposez votre signature et écrivez votre propre nom à cet endroit.

Le formulaire se divise en quatre parties :

- (1) Vos renseignements
- (2) Section A
- (3) Section B
- (4) Si vous avez rempli le formulaire pour quelqu'un d'autre

**Lisez toutes les lignes pour savoir lesquelles remplir.** Vous n'avez pas à envoyer le formulaire tout de suite, mais vous devrez l'envoyer avant la date limite (le **26 octobre 2024**). Prenez le temps de vous souvenir de ce qui s'est passé et de l'écrire, et d'aller chercher les papiers qu'il faut pour votre réclamation.



FOR CLAIMS PROCESSING ONLY	OB <input type="checkbox"/>	CB <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> DOC <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> REV	<input type="radio"/> RED <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	---

**Vous devez choisir entre une réclamation au titre de la section A (paiement d'expérience commune) et une réclamation au titre de la section B (indemnité en fonction du degré de préjudice).**

Les sommes auxquelles vous pourriez avoir droit au titre de chaque section sont indiquées ci-dessous :

### Réclamations au titre de la section A

<b>RÉCLAMATIONS AU TITRE DE LA SECTION A* – INDEMNITÉS LIÉES À L'EXPÉRIENCE COMMUNE</b>	
* Fondées sur la durée cumulative du séjour du demandeur au CHR	
<b>30 jours ou moins</b>	1 000 \$
<b>31 jours à 100 jours</b>	3 000 \$
<b>101 jours ou plus</b>	5 000 \$

**Pour présenter une réclamation au titre de la section A, remplissez la section A du formulaire.**

### Réclamations au titre de la section B

<b>RÉCLAMATIONS AU TITRE DE LA SECTION B<sup>1</sup></b>	
<b>Mauvais traitements sexuels</b>	
<u>Agression sexuelle de 1<sup>er</sup> degré</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un seul incident d'attouchement sexuel non consensuel d'un demandeur par un membre du personnel, ou un autre comportement sexuel non consensuel d'un membre du personnel à l'égard du demandeur qui n'est pas une agression sexuelle grave.</li> </ul>	15 000 \$
<u>Agression sexuelle de 2<sup>e</sup> degré</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plus d'un incident d'attouchement sexuel non consensuel du demandeur par un membre du personnel ou un autre patient, ou un autre comportement sexuel non consensuel qui n'est pas une agression sexuelle grave.</li> </ul>	20 000 \$
<u>Agression sexuelle de 3<sup>e</sup> degré</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un ou deux incidents d'agression sexuelle grave.</li> </ul>	35 000 \$
<u>Agression sexuelle de 4<sup>e</sup> degré</u> (i) Plus de deux incidents d'agression sexuelle grave, ou (ii) Agression sexuelle de 3 <sup>e</sup> degré entraînant une atteinte psychologique grave. Requiert des éléments de preuve médicale pour étayer l'allégation selon laquelle une agression sexuelle grave a entraîné une atteinte psychologique grave.	60 000 \$ plus les frais d'expertise médicale jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par demandeur

<sup>1</sup> Les demandeurs ne peuvent prétendre qu'à un seul palier d'indemnisation dans chacune des catégories d'agression sexuelle ou d'agression physique, mais peuvent obtenir des indemnités dans les deux catégories d'agression sexuelle et d'agression physique.



<b>Mauvais traitements physiques</b>	
<u>Agression physique de 1<sup>er</sup> degré</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une ou plusieurs agressions physiques ne causant pas de blessure physique grave, mais entraînant une blessure observable telle qu'un œil au beurre noir, une ecchymose ou une lacération ; ou</li> <li>• Utilisation de l'une des formes de contrainte suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrainte physique ou mécanique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• entre 12 heures et 24 heures consécutives, à deux reprises au cours d'une période de 30 jours ; ou</li> <li>• pendant 24 heures consécutives ou plus ;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Administration d'une contrainte chimique (c'est-à-dire l'administration de médicaments psychotropes non prescrits dans le plan de soins en cours du patient) à deux reprises dans une période de 30 jours ;</li> <li>• Placement en chambre d'isolement pendant 36 heures consécutives à une occasion au cours d'une période de 30 jours. Cela exclut le placement en isolement pour une durée maximale de 48 heures au moment de l'admission.</li> </ul>	10 000 \$
<u>Agression physique de 2<sup>e</sup> degré</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une ou plusieurs agressions physiques causant une blessure physique grave ; ou</li> <li>• Utilisation de l'une des formes de contrainte suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrainte physique ou mécanique pendant 24 heures consécutives ou plus, à deux reprises ou plus au cours d'une période de 30 jours ;</li> <li>• Contention chimique (c'est-à-dire l'administration de médicaments psychotropes non prescrits dans le cadre du plan de soins du patient) à plus de deux reprises au cours d'une période de 30 jours ; ou</li> <li>• Placement en chambre d'isolement pendant 36 heures consécutives ou plus, à plus d'une occasion au cours d'une période de 30 jours. Cela exclut le placement en isolement pour une durée maximale de 48 heures au moment de l'admission.</li> </ul> </li> </ul>	25 000 \$

« **blessure physique grave** » S'entend d'une blessure physique qui a entraîné ou aurait dû entraîner une hospitalisation ou un traitement médical essentiel par un médecin ; une blessure physique permanente ou manifestation de longue durée, une déficience ou un défigurement ; une perte de conscience ; des fractures ; ou une incapacité grave mais temporaire ayant nécessité un alitement ou des soins infirmiers de plusieurs jours.

« **agression sexuelle grave** » S'entend d'une pénétration, ou d'une tentative de pénétration, orale, vaginale ou anale non consensuelle.

« **attouchement sexuel** » S'entend de l'attouchement non consensuel du corps d'une autre personne, au moyen d'une partie du corps ou d'un objet, à des fins sexuelles.

« **comportement sexuel non consensuel** » S'entend d'une conduite comprenant une activité sexuelle ou des actes sexuels commis sans consentement explicite et volontaire.

« **atteinte psychologique grave** » S'entend des symptômes prolongés de traumatisme psychologique majeur entraînant un diagnostic de maladie ou de trouble mental reconnu par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* posé par un psychiatre ou un psychologue. Le diagnostic doit être posé après les incidents allégués d'agression sexuelle de 3<sup>e</sup> degré, conformément à la grille d'indemnisation. En cas de diagnostic préexistant, il faut démontrer, par des éléments de preuve médicale, que la maladie ou le trouble mental s'est aggravé.



Vous pouvez demander une indemnité pour chaque catégorie de mauvais traitements, mais vous ne pouvez invoquer plus d'un degré dans une même catégorie.

Par exemple, vous pouvez faire une réclamation pour une agression sexuelle de 1<sup>er</sup> degré et une agression physique de 1<sup>er</sup> degré si vous avez subi ces préjudices.

Toutefois, vous ne pouvez pas faire une réclamation pour une agression sexuelle de 1<sup>er</sup> degré et une agression sexuelle de 2<sup>e</sup> degré.

### (1) Vos renseignements

**Pour demander une indemnité dans le cadre du règlement, il est obligatoire de remplir la présente partie et la section A ou la section B.**

Mon prénom est :

N'écrivez pas votre surnom.

Mon deuxième prénom est :

Si vous n'en avez pas, laissez la ligne vide.

Mon nom de famille est :

Par le passé, j'ai porté le ou les noms suivants :

Si vous n'avez jamais porté un autre nom, laissez la ligne vide.

Jour de ma naissance :

Année(s) de résidence au CHR :

Si vous résidez toujours au CHR, Merci de remplir ce cercle :

C'est à cette adresse que je veux recevoir les lettres et les chèques liés à ma réclamation :

Rue et numéro de porte :

Numéro d'appartement (si vous en avez un) :

Ville :

Province :

Code postal :

Pays :

Si le bureau de l'administrateur des réclamations a besoin de me parler, je veux qu'il utilise ce numéro ATS **ou** de :

Indicatif régional ATS **ou** téléphone

Si vous n'avez pas de numéro ATS ou de téléphone, laissez la ligne vide ou écrivez le numéro d'une personne à qui vous faites confiance.

Mon adresse courriel :

Si vous n'en avez pas, laissez la ligne vide.

Si quelqu'un prend des décisions à votre place, écrivez son nom ici :



## (2) Section A

Je remplis ce cercle parce que j'ai résidé au CHR pendant un certain temps entre le 24 mai 2004 et le 1er octobre 2021.

Je remplis ce cercle parce que je suis un membre du groupe admissible.

(Le cas échéant) : Je présente une réclamation pour le compte du demandeur et je suis autorisé à le faire.

Vous pouvez signer la section A. En signant, vous faites une affirmation solennelle. En signant, vous dites ce qui suit :

- Vous avez lu tout le formulaire avant de le signer. [OU] Quelqu'un vous a aidé à remplir le formulaire. Avant que vous signiez, cette personne vous a lu tout ce qu'elle avait écrit dans le formulaire.
- Vous considérez que tout ce que vous avez écrit dans le formulaire est vrai. Vous avez écrit ce que vous saviez.
- Si le bureau de l'administrateur des réclamations s'aperçoit que vous avez écrit quelque chose de faux, vous risquez de ne pas recevoir d'argent du tout.

**« J'affirme solennellement que ces informations sont vraies. »**

Signez ici : \_\_\_\_\_

Dated (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Écrivez votre nom ici : \_\_\_\_\_

## (3) Section B

Si vous remplissez cette section, vous recevrez peut-être plus d'argent. Vous ne pouvez pas remplir à la fois la section A et la section B. Vous devez choisir.

Il existe toutes sortes de mauvais traitements. Voici des exemples :

- Vous frapper avec la main ou avec quoi que ce soit.
- Vous donner des coups de pied ou des claques, vous pincer ou vous étrangler.
- Vous faire assez mal pour que vous deviez aller chez le médecin, à l'hôpital ou à l'infirmerie.
- Vous faire assez mal pour que vous ayez besoin de quelques jours de repos.
- Vous faire une cicatrice ou un bleu, vous briser un os ou une dent ou vous blesser d'une autre manière.
- Vous faire perdre connaissance (vous évanouir).
- Vous placer en isolement pendant plus de 36 heures consécutives dans une période de 30 jours, mis à part le placement en isolement pour une durée maximale de 48 heures au moment de l'admission.
- Vous donner des médicaments ne faisant pas partie de votre traitement pour vous endormir ou vous désorienter.



Les mauvais traitements peuvent aussi être de nature sexuelle. Voici des exemples :

- Vous faire des attouchements sexuels ou vous forcer à en faire à quelqu'un d'autre.
- Vous embrasser de force.
- Vous forcer à vous toucher de manière sexuelle.
- Vous forcer à regarder, à écouter des choses qui ont rapport avec le sexe, ou à en parler.
- Vous demander de montrer vos parties intimes, comme vos seins, votre pénis, votre vulve ou votre anus.
- Mettre ou essayer de mettre quelque chose dans votre bouche, votre vagin, votre anus quand vous ne le vouliez pas.
- Vous demander de vous mettre quelque chose dans la bouche, le vagin ou l'anus.
- Vous forcer à faire à quelqu'un d'autre l'une des choses nommées plus haut.

La liste n'est pas complète, c'est-à-dire qu'il existe bien d'autres formes de mauvais traitements. Avez-vous subi une des choses nommées plus haut pendant que vous étiez au CHR?

Écrivez tout ce qu'on vous a fait subir. Vous pouvez aussi écrire ce que vous avez ressenti à ce moment-là et ce que vous ressentez maintenant.

Il se peut que des souvenirs douloureux vous reviennent. Il se peut que la situation vous bouleverse ou vous fasse ressentir de la colère, de la tristesse ou de la peur. Prenez le temps d'écrire tout ce que vous tenez à dire. Choisissez un endroit sûr pour le faire. Il peut être bon de demander à quelqu'un de vous accompagner.

Vous n'aurez pas d'ennuis pour avoir raconté ce qui s'est passé. Vous n'avez rien fait de mal. **Personne n'a le droit de vous faire du mal.**

**Vous pouvez utiliser ces pages pour écrire ce que vous avez subi. Donnez des exemples de ce que vous avez vécu.** Ces mauvais traitements sont-ils arrivés plus d'une fois? De nombreuses fois? Savez-vous quel âge vous aviez quand ces choses se sont produites, ou bien en quelle année c'était? Savez-vous où ces choses se sont produites? Savez-vous qui vous a fait du mal? Est-ce que quelqu'un d'autre a vu ce qui s'est passé? Avez-vous subi des blessures ou reçu des soins médicaux à cause de ce qu'on vous a fait? Avez-vous parlé à quelqu'un de ce qu'on vous a fait?

Si vous manquez d'espace, vous pouvez ajouter des pages. Vous pouvez aussi taper votre réponse et l'ajouter au formulaire. Il est important de raconter tous les mauvais traitements que vous avez subis.










## **Avez-vous des photos qui montrent ce que vous avez subi, ou bien des lettres ou des papiers qui en parlent?**

Si oui, vous pouvez les envoyer avec ce formulaire. Vous pouvez envoyer des papiers venant de médecins, de thérapeutes, de membres de votre famille, d'amis, de personnes aidantes ou d'autres gens qui savent ce qui vous est arrivé. Toutes ces personnes peuvent écrire une lettre disant que vous souffrez encore des mauvais traitements subis. Les lettres, papiers et photos peuvent dater du temps où vous viviez au CHR ou être plus récents. Dans la plupart des cas, il n'y a pas d'autre document à envoyer que le formulaire de réclamation. Vous devrez ajouter des documents dans les cas suivants :

### **Preuve médicale requise pour certaines réclamations liées à une agression sexuelle**

Si vous demandez une indemnité pour une agression sexuelle qui a causé une atteinte psychologique grave, des éléments de preuve médicale peuvent vous aider à recevoir un plus gros montant. Pour savoir si des éléments de preuve médicale sont requis dans votre cas, consultez la grille d'indemnisation jointe au guide intitulé **Avis d'approbation du règlement pour le recours collectif concernant le Centre hospitalier Restigouche**. Si vous n'êtes pas certain(e) de devoir inclure des éléments de preuve médicale dans votre réclamation, veuillez communiquer avec le bureau de l'administrateur des réclamations.

### **Preuve documentaire requise pour faire une réclamation au nom d'une personne décédée**

Si vous présentez une réclamation au titre de la section B au nom d'une personne qui a résidé au CHR et qui est décédée **après** le 24 mai 2017, vous devez y joindre, comme preuve de l'agression sexuelle ou physique, des documents médicaux, audiovisuels ou autres montrant que cette personne, de son vivant, a parlé à quelqu'un des blessures ou mauvais traitements décrits dans le présent formulaire, accompagné d'un affidavit commandé.

Si vous avez rempli la section B, vous devez aussi cocher l'une des deux cases ci-dessous :

Je remplis ce cercle parce que j'ai résidé au CHR à un certain moment entre le 24 mai 2004 et le 1er octobre 2021 :

Je remplis ce cercle parce que j'ai résidé au CHR à un certain moment entre le 1er janvier 1954 et le 1er octobre 2021 et que j'ai été victime d'agression sexuelle pendant mon séjour :

Vous devez signer dans le bas si vous avez rempli la section B. En signant, vous faites une déclaration solennelle. En signant, vous dites ce qui suit :

- Vous avez lu tout le formulaire avant de le signer. **[OU]** Quelqu'un vous a aidé à remplir le formulaire. Avant que vous signiez, cette personne vous a lu tout ce qu'elle avait écrit dans le formulaire et tout ce que disaient les papiers à envoyer avec le formulaire.
- Vous considérez que tout ce que contient le formulaire est vrai.
- Si le bureau de l'administrateur des réclamations s'aperçoit que vous avez écrit quelque chose de faux, vous risquez de ne pas recevoir d'argent du tout.

**« J'affirme solennellement que ces informations sont vraies. »**

Signez ici : \_\_\_\_\_

Dated (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Écrivez votre nom ici : \_\_\_\_\_

**REMARQUE : Les réclamations au titre de la section B peuvent être soumises à la vérification du superviseur des réclamations, qui pourrait communiquer avec les demandeurs pour confirmer que l'information fournie est exacte et véridique.**

**Si vous avez rempli le formulaire vous-même, rendez-vous à la fin du formulaire.**



#### (4) Si vous avez rempli le formulaire pour quelqu'un d'autre Merci de répondre aux questions suivantes.

N.B. : Si vous prenez des décisions pour le demandeur, si vous avez une procuration ou si vous êtes l'exécuteur ou le fiduciaire de la succession du demandeur, vous devez fournir des documents qui prouvent que vous avez le droit d'agir au nom de cette personne.

Comment vous appelez-vous?

Quelle est votre adresse?

Rue et numéro de porte :

Numéro d'appartement (si vous en avez un) :

Ville :

Province :

Code postal :

Pays :

Quel est votre numéro ATS ou de téléphone?

Indicatif régional ATS ou téléphone

 —  — 

Quelle est votre adresse courriel?

Remplissez le cercle ou les cercles si vous êtes :

- Membre de la famille.
- Personne aidante.
- Organisme d'aide. Quel est le nom de l'organisme?
- Avocat(e). Quel est le nom de votre cabinet d'avocats ou de votre clinique juridique?
- Tuteur et curateur public.
- Décideur(se) au nom d'autrui ou mandataire d'une personne qui, selon un avis juridique, n'est pas capable de prendre des décisions d'argent.  
Si vous être décideur(se) au nom d'autrui, vous devez joindre au formulaire :
  1. l'avis de décision et l'acte de nomination ; et
  2. le renouvellement du statut de décideur au nom d'autrui, s'il y a eu renouvellement.
- Exécuteur(trice) testamentaire ou fiduciaire d'une personne qui a résidé au CHR et qui est décédée **après** le 24 mai 2017.



Si vous représentez une succession, vous devez fournir les documents suivants avec le formulaire de réclamation :

1. lettres d'administration ;
2. lettres d'administration avec testament en annexe ; ou
3. lettres d'homologation.

Si vous n'avez pas les documents ci-dessus, vous devez fournir les documents suivants :

S'il y a un testament :

1. une copie du testament vous nommant exécuteur testamentaire ;
2. une attestation ou une déclaration signée par vous et une autre personne qui connaissait le demandeur décédé confirmant que le testament est valide, qu'à votre connaissance le testament n'a pas été révoqué ni remplacé par un testament ultérieur, et qu'aucun exécuteur testamentaire, administrateur, fiduciaire ou liquidateur n'a été nommé par un tribunal.

S'il n'y a pas de testament :

1. une attestation ou une déclaration signée par vous et une autre personne qui connaissait personnellement le demandeur décédé confirmant qu'à votre connaissance, le demandeur décédé n'avait pas de testament et aucun exécuteur testamentaire, administrateur, fiduciaire ou liquidateur n'a été nommé par un tribunal ;
2. une preuve de votre lien avec la personne décédée ;
3. une attestation ou une déclaration signée par vous et une autre personne qui connaissait personnellement le demandeur décédé confirmant que vous ne connaissez pas d'héritier de rang égal ou supérieur au demandeur décédé.
  - a. S'il existe des héritiers au même rang que vous, vous devez fournir leur consentement signé pour avoir la capacité d'agir à titre de représentant de la succession.

L'ordre de dévolution aux héritiers, suivant le rang de préférence du premier au dernier, est le suivant :

- (i) Époux survivant ou conjoint de fait survivant ;
- (ii) Enfants ;
- (iii) Petits-enfants ;
- (iv) Parents ;
- (v) Frères et sœurs ; et
- (vi) Enfants des frères et sœurs



## Fin du formulaire

Vous devez maintenant envoyer votre formulaire. Assurez-vous d'avoir :

- inscrit tous les renseignements personnels demandés dans la première partie ;
- signé la section A (si vous présentez une réclamation au titre de la section A) ;
- mis tout ce que vous vouliez à la section B et signé cette section (si vous présentez une réclamation au titre de la section B).

**À présent, lisez la dernière partie.**

**Il y a certaines choses à savoir avant d'envoyer le formulaire.**

D'abord, vous devez l'envoyer d'ici le **26 octobre 2024**.

Vous pouvez le faire par courriel ou par la poste, à l'adresse :

**NNWQ Administrateur des réclamations**

**C.P. 3355**

**London (Ontario) N6A 4K3**

**Email: [info@RestigoucheHospitalCentreClassAction.ca](mailto:info@RestigoucheHospitalCentreClassAction.ca)**

**Si vous ne présentez pas votre formulaire avant le 26 octobre 2024, vous n'aurez pas d'indemnité.**

- Gardez une copie de tout ce que vous envoyez, et :
- notez, avec cette copie, la date à laquelle vous avez posté le formulaire, si vous l'avez envoyé par la poste ;
- gardez le courriel, si vous l'avez envoyé par courriel, car la date y est notée.

N'envoyez **pas** le formulaire au tribunal.

Si vous avez des questions, vous pouvez demander l'aide du bureau de l'administrateur des réclamations, par téléphone ou par courriel.

- Téléphone : **1-866-476-3107**
- Courriel : **[info@RestigoucheHospitalCentreClassAction.ca](mailto:info@RestigoucheHospitalCentreClassAction.ca)**

